

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia r.

**w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z
zakresu podstawowej opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 10 ust. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór deklaracji wyboru:

- 1) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, zwanej dalej „ustawą”, oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy, oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾

MINISTER ZDROWIA

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

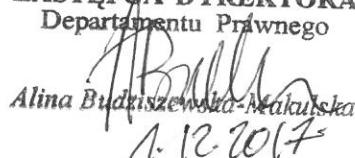
¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 779).

2017-12-01
DYREKTOR
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia


Beata Rorant

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego


Alina Budziszewska-Makulska
1.12.2017

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 10 ust. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2217), zwanej dalej „ustawą”.

W związku z wejściem w życie ustawy zaistniał obowiązek wydania nowego rozporządzenia regulującego wzory deklaracji wyboru świadczeniodawcy. W ramach wyboru świadczeniodawcy świadczeniobiorca dokonuje wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia rozszerzono wzory deklaracji wyboru o dane dotyczące adresu e-mail świadczeniobiorcy (pole nieobowiązkowe) oraz w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona dane dotyczące przedstawiciela ustawowego. Ponadto, z uwagi na fakt, iż świadczeniodawca nie ma obowiązku posiadania telefonu, pole numer telefonu oznaczono jako nieobowiązkowe. Jednocześnie zrezygnowano z danych dotyczących miejsca nauki (w przypadku uczniów i studentów). W konsekwencji, wynikającej z art. 9 ust. 4 ustawy, możliwości dwukrotnej zmiany wyboru świadczeniodawcy w ciągu roku kalendarzowego oraz zwolnienia z opłaty za zmianę deklaracji wyboru w sytuacji, gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz pediatra, osiągnął 18 rok życia, wynikającej z art. 9 ust. 5 ustawy, dokonano korekty wzorów deklaracji wyboru.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, co wynika z konieczności wypełnienia luki prawnej, a więc ważny interes publiczny wymaga niezwłocznego wejścia w życie projektowanego rozporządzenia. Jednocześnie takiemu rozwiązaniu nie stoją na przeszkodzie zasady demokratycznego państwa prawnego, albowiem na podstawie art. 34 ust. 1 ustawy oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność. Tym samym wejście w życie rozporządzenia z dniem następującym po dniu ogłoszenia, tj. bez zachowania 14-dniowej *vacatio legis*, jest zgodne

z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523).

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie nie jest sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.

Ze względu na treść upoważnienia ustawowego zawartego w art. 10 ust. 8 ustawy brak jest możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do wydania rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Wpływ przedmiotowego projektu na działalność przedsiębiorców, w szczególności w odniesieniu do mikro, małych i średnich, polega na konieczności udostępnienia nowych druków deklaracji wyboru świadczeniodawcy, w ramach którego dokonuje się wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej i sprawdzenia poprawności ich wypełnienia.

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
dzień — miesiąc — rok -- -- --			M / K									
7. Adres miejsca zamieszkania												
Ulica			Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ¹⁾						11. Kod oddziału wojewódzkiego NFZ						
12. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁵⁾)												
Imię		Nazwisko				Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania												
Ulica			Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
..... (data)					 (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)						

- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

- 1) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszą opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18 rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub zmiana lekarza POZ, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18 rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności, zachowują ważność po osiągnięciu przez nich pełnoletności.

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
dzień — miesiąc — rok -- -- -- --			M / K									
7. Adres miejsca zamieszkania												
Ulica			Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego¹⁾						11. Kod oddziału wojewódzkiego NFZ						
12. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁵⁾)												
Imię		Nazwisko				Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania												
Ulica			Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
..... (data)					 (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)						

- zaprzestanie udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

- 1) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszą opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18 rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności, zachowują ważność po osiągnięciu przez nich pełnoletności.

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
dzień — miesiąc — rok -- -- -- --			M / K									
7. Adres miejsca zamieszkania												
Ulica			Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego¹⁾						11. Kod oddziału wojewódzkiego NFZ						
12. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁵⁾)												
Imię			Nazwisko				Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
Ulica			Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
..... (data)					 (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)						

- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....

.....
(data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

- 1) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszą opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18 rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności, zachowują ważność po osiągnięciu przez nich pełnoletności.